EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR XAVIER DELORE

PROFESSEUR ADJOINT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
(POUR LA CHAIRE D'ACCOUCHEMENTS),

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE LA CHARITÉ,

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC.

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
F. PLAN, RUE DE LA BARRE, 12

1886

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr X. DELORE

TITRES UNIVERSITAIRES

Préparateur de chimie à l'Ecole de médecine de Lyon (1850-53).

Docteur en médecine (1854).

Chef de clinique chirurgicale (1856).

Professeur suppléant à l'Ecole de médecine (1858).

Professeur suppléant d'accouchements et de clinique obstétricale (1865).

Officier d'Académie (1875).

Professeur adjoint d'accouchements à la Faculté (1877).

TITRES ACADÉMIQUES

Lauréat de l'Ecole de médecine de Lyon (1849).
Lauréat de la Société de médecine de Lyon (1856).
Lauréat et correspondant de l'Académie de Toulouse (1861).
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris (1855).
Membre de la Société de médecine de Lyon (1860).
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Montpellier (1860).
Secrétaire de la Société de médecine de Lyon (1861).
Membre fondateur de la Société des Sciences médicales de Lyon (1861).
Membre correspondant de la Société de médecine de Paris (1863).
Membre correspondant de la Société de médecine de Marseille (1867).
Président de la Société des Sciences médicales (1867).
Membre correspondant de la Société de chirurgie (1867).
Fondateur de la Société protectrice de l'Enfance de Lyon (1865).
Membre de la Société de médecine de Nice (1876).
Fondateur de l'Association pour l'avancement des sciences (1871).
Membre de la Société de l'enseignement supérieur (1879).
Membre de la Société d'anthropologie de Lyon (1879).
Membre de l'Académie des arts, sciences et belles-lettres de Lyon (1884).
Correspondant de l'Académie de médecine de Paris (1884).
Vice-Président de la Société de médecine de Lyon (1886).

SERVICES HOSPITALIERS

ET PROFESSIONNELS

Interne des hôpitaux de Lyon (1849).
Envoyé en mission dans l'Isère pour le choléra (1854).
Chirurgien en chef de la Charité, concours de 1859.
Chargé de plusieurs ambulances pour les blessés (1870-1871).
Chirurgien titulaire de la Charité (1872).
Fondateur du service de gynécologie de la Charité (1875).

SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT

Chargé pendant treize ans de l'enseignement des sages-femmes (1859-1872).

Chargé des examens des sages-femmes depuis 1859.

Président des jurys pour les examens des officiers de santé et des sages-femmes, à Dijon et à Grenoble, dans plusieurs sessions.

Cours de clinique d'accouchements, professé à la Charité en qualité de suppléant de M. le professeur Bouchacourt pendant le second semestre des années 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872 et 1873.

Cours complet de maladies des enfants (1865).

Cours complémentaire théorique d'accouchements, 1874, 1875.

Cours théorique d'accouchements professé depuis huit ans à la Faculté. (Voir section II.)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

(PUBLICATIONS ET ENSEIGNEMENT)

SECTION I

ANALYSE DE TRAVAUX

CHIMIE ET PHYSIOLOGIE

N° 1. — Recherches sur le pus. (Thèse 1854.)

Dans ce travail, j'ai examiné la composition chimique du pus, les modifications de l'albumine ; j'ai démontré l'existence constante de la gélatine ; j'ai étudié les graisses dont l'une est phosphorée. Enfin, j'ai séparé pour la première fois le sérum et les globules. Voici mon analyse, qui est restée dans la science et à laquelle on a fait de nombreux emprunts :

1,000 gram. de pus en nature contiennent en moyenne :

Constituants solides	130
Sérum	750
Globules humides	250

Eau			870 00
Albumine			40 00
Albumine modifiée			30 00
Extraits de viande			
Gélatine			1 60
Fibrine			22 30
Séroline	8 30	corps gras avec acide	26 00
Cholestérine	3 50		
Graisse phosphatée	6 00		
Graisse phosphorée	7 20		
Sels solubles			8 50
Sels insolubles			0 36
Perte			0 64
Total			1,000 00

N° 2. — Du principe colorant des suppurations bleues. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1860.)

Dans ce travail j'ai étudié le principe colorant de la suppuration bleue et je l'ai appelé *cyanopyine*. J'ai émis l'idée que cette matière coloranto venait de l'hématine du sang.

J'ai fait de nombreuses expériences dans mon service ponr établir les conditions qui président à son développement. Avec Coutaret, en 1854, je l'ai extraite pour la première fois en employant le chloroforme et l'éther. En 1860, j'ai modifié ce procédé : je l'ai retirée des linges de pansement légèrement desséchés par l'alcool. Le résidu, d'un vert foncé, est débarrassé de ses graisses par l'alcool. On peut encore l'obtenir en lavant les linges avec de l'eau qui dissout très bien la *cyanopyine;* mais il faut alors de grandes précautions pour l'evaporation.

Voici les caractères de la cyanopyine réduite en poudre :

Elle est très soluble dans l'eau qu'elle colore en vert. Même coloration dans l'éther qui la dissout mal. Très soluble dans le chloroforme hydraté avec une belle coloration bleue.

Elle rougit par les acides, et revient au bleu par les alcalis.

Le chlore la décolore complètement.

La poudre calcinée laisse un résidu dans lequel l'analyse permet de constater du fer, de la chaux, des acides chlorhydrique et phosphorique.

N° 3. — Du principe colorant des suppurations bleues. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1863.)

Dans ce mémoire, j'ai cherché à prouver :

1° Que la coloration bleue ou verte des linges de pansements n'est point inhérente à un champignon. En effet, les sporules qu'on rencontre quelquefois dans le pus sont incolores (1) ; la cyanopyine est très soluble dans l'eau; tandis que la couleur des champignons constituant les moisissures, etc., ne paraît pas l'être.

2° Qu'il n'y a qu'une seule variété de suppuration bleue ;

3° Que ce phénomène est dû à une altération de l'hématine du sang; cela semble prouvé par l'analyse chimique, par la production des suppurations bleues dans toutes les parties du corps, par la coïncidence fréquente sur une

(1) A cette époque on n'avait aucune notion sur les microbes chromogènes.

même plaie, ou un même membre, des trois colorations rouge, verte et jaune intense ;

4° Que les suppurations colorées en vert ou en jaune safrané sont plus fréquentes à la suite des contusions et dans les cas d'infection purulente ;

5° Qu'après un traumatisme, le sang épanché devient bleu, vert et jaune. Cela prouve avec quelle facilité l'hématine subit un changement de couleur, et cela fait concevoir jusqu'à un certain point le mécanisme des suppurations bleues.

N° 4. — Analyse chimique d'un cancer. — (*Gaz. méd. de Lyon*, 1856.)

100 gram. de cancer renferment :

	Eau			83,35
	Matières solides			16,65
Tissu fibreux 23,44	Gélatine			0,33
	Tissu fibreux pur			3,96
	Graisse			0,03
	Sels			0,20
	Eau			18,92
	Albumine			1 66
Suc cancéreux 76,56	Matière protéique composant le noyau et la cellule			5,69
	Extrait de viande et albumine non coagulable			2,21
	Graisses 1,26	Graisse rouge		0,40
		Cholestérine		0,056
		Graisse jaune phosph.		0,804
	Sels 1,68	Solubles	Chlorures, phosp. traces de sulfate de soude et de potasse	1,00
		Insolubles	Phosphat. de magnésie et de ch^{x}, ac de carb., ox. de fer	0,68
	Eau			64,06
Total				100,00

Le tableau suivant représente les quantités rapportées à 100 de substance desséchée :

Tissu fibreux 28,63	Gélatine	2,02
	Tissu fibreux	25,18
	Graisse	0,19
	Sels	1,24
Suc cancéreux 71,37	Albumine	9,39
	Matière protéique	32,14
	Extrait de viande et albumine non coagulable	12,21
	Graisses	7,55
	Sels	10,08
Total		100,00

N° 5. — Glycogénie hépatique. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1856)

Après avoir répété les expériences de Claude Bernard sur le foie des animaux, je suis arrivé aux mêmes conclusions que lui. J'ai demontré qu'il existait dans le foie une matière insoluble daus les dissolvants ordinaires, et que cette matière se transformait en sucre jusqu'a ce qu'elle fût complètement épuisée.

N° 6. — Influence des découvertes physiologiques et chimiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs. (Médaille). (Ouvrage fait avec M. Berne, 183 p., 1857.)

Nous avons examiné quelle était l'influence des découvertes récentes de la physiologie et de la chimie sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs. Nous avons étudié avec soin les aliments ; nous avons cherché leur mode de fabrication et de conservation. Nous avons passé en revue les divers actes qui concourent à la digestion, et nous avons étudié surtout la dyspepsie. J'ai fait en particulier une étude chimique très attentive sur les vomissements d'un malade. J'ai fait également des analyses de matières excrémentitielles et de gaz intestinaux. C'est dans cet ouvrage que, pour la première fois, on a considéré comme diabète la glycosurie, l'albuminurie et l'urémie.

N° 7. — De la pulvérisation des liquides et de l'inhalation pulmonaire au point de vue thérapeutique. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1861.)

Dans ce travail, qui est le premier fait sur la question au point de vue physiologique et expérimental, j'ai prouvé que les substances volatiles étaient très bien absorbées ; j'ai démontré que le larynx et les bronches sont fort mal disposés pour l'introduction des liquides pulvérisés. Il est donc très important dans cette question d'établir une distinction radicale entre la pulvérisation des substances volatiles et de celles qui ne le sont pas. La méthode de pulvérisation pulmonaire ne semble pas avoir tenu ses promesses comme médication locale.

N° 8. — Expériences sur l'absorption des médicaments par la peau saine. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1863.)

Dans ce mémoire, j'ai démontré que l'augmentation du poids après le bain tenait à l'imbibition des cheveux, des poils, des ongles et de l'épiderme, et j'ai indiqué, par de nombreuses pesées, la quantité d'eau absorbée par ces organes. J'ai prouvé, en outre, que lorsque la barrière épidermique était vaincue par une longue imbibition, elle laissait aussi bien entrer dans l'économie les sels en dissolution que l'eau pure. J'ai, en outre, indiqué que l'imbibition était d'autant plus profonde dans les couches d'un épiderme épais, qu'elle avait été plus prolongée.

N° 9. — De l'absorption des médicaments par la peau saine, 2e mémoire. (*Institut et Gaz. hebdomadaire*, 1863.)

Conclusions de ce mémoire basé sur près de mille expériences :

1° La peau saine est susceptible d'absorber toutes les substances solubles dans l'eau ;

2° Cette absorption est difficile et irrégulière ;

3° Elle est favorisée par plusieurs conditions : 1° par l'énergie de la friction ; 2° par le peu d'épaisseur de la peau ; 3° par l'étendue de la surface et la durée de la friction ; 4° par l'irritabilité produite par la substance médicamenteuse ; 5° par la faculté que possèdent certaines substances (les alcalins, par exemple) de dissoudre l'épiderme.

Une autre conclusion de ce mémoire, c'est que les substances sédatives agissent directement sur les papilles en les pénétrant par imbibition ; c'est également sur les mêmes éléments qu'agissent les matières irritantes ou toniques comme les alcools. L'inspiration pulmonaire peut fausser quelquefois les résultats thérapeutiques obtenus après les frictions cutanées; on peut croire,

dans certains cas, que le médicament a été absorbé par la peau, tandis qu'il l'a été par le poumon s'il est volatile.

N° 10. — INFLUENCE DE LA PHYSIOLOGIE SUR LA MÉDECINE PRATIQUE. (Avec M. le Dr Berne, 1864, vol. in-8, 460 pages. Médaille d'or.)

C'est le premier travail dans lequel ont été examinés d'une manière complète les progrès que la physiologie moderne a fait faire à la médecine pratique.

CHIRURGIE

N° 11. — Opérations de lithotritie. *(Revue méd.* et *Monit. des hôp.*, 1855.)

M'appuyant sur des faits cliniques, j'ai fait ressortir tous les avantages de l'instrument Guillon sur les autres instruments mis en usage pour cette opération.

N° 12. — Causes et traitement des fractures de la colonne vertébrale. *(Bull. de thérap.*, 1856.)

Dans ce travail, j'ai étayé par des faits nouveaux l'assertion déjà émise par Bonnet, que les fractures de la colonne vertébrale étaient produites par la flexion forcée de la partie inférieure de la région dorsale.

N° 13. — Opération de la pupille artificielle. *(Gaz. de Lyon*, 1856.)

N° 14. — De la compression des anévrysmes. *(Gaz. de Lyon*, 1856.)

N° 15. — Nouveau procédé pour l'opération de la grenouillette. *(Gaz. de Lyon*, 1857.)

N° 16. — Pied plat valgus douloureux, avec figure. *(Bull. de thérap.* 1858.)

Dans ce mémoire, fait sous l'inspiration de Bonnet, j'ai relaté plusieurs observations de malades traités par ce chirurgien par la section des péroniers latéraux et l'application d'un bandage pour maintenir le redressement.

N° 17. — Résection de la portion médiane du maxillaire inférieur sans incision de la peau. *(Bull. de thérap.*, 1860.)

J'ai attribué à ce procédé, imaginé par Malgaigne, les avantages suivants :

Cicatrisation rapide, pas de fétidité. Ce procédé avait déjà été employé par Signorini pour la résection d'une portion latérale du maxillaire inférieur.

N° 18. — Anévrysme de la carotide primitive, avec figure. *(Gaz. des hôp.*, 1860.)

Dans ce travail, je donne la figure d'un anévrysme pour lequel j'avais lié la carotide primitive. Après guérison apparente, le malade succomba brusquement à une hémorrhagie en retour produite par la suppuration du sac et rupture consécutive.

N° 19. — Variété rare de luxation du coude. *(Montpell. médic.*, 1860.)

Elle est caractérisée par une luxation complète du radius en avant et une luxation complète du cubitus en dedans. Voici, suivant moi, le mécanisme de cette luxation :

Luxation en avant du radius produite par une pronation exagérée ; ensuite, chute sur le coude qui pousse l'olécrâne en dedans.

N° 20. — De la syndactylie congénitale, 3 figures. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1861.)

Pour cette difformité, j'ai employé le procédé de Zeller, et pour lutter contre la rétraction cicatricielle, j'ai imaginé d'appliquer un fil de plomb produisant une dépression grâce à une bande de caoutchouc qui exerce une traction élastique continue.

N° 21. — De la syndactylie congénitale, 2 figures. *(Gaz. de Lyon*, 1863.)

Dans ce mémoire, je donne l'histoire de la syndactylie congénitale d'un enfant de 20 mois, qui fut également opéré par le procédé de Zeller. Pour réussir, je fis l'ablation du médius arrophié en conservant la peau de ce doigt, qui me servit pour le lambeau autoplastique.

N° 22. — Traction continue appliquée aux pieds bots difficiles, 7 figures. *(Bull. de thérap.*, 1862.)

Dans ce travail, j'ai montré de quelle façon on pouvait appliquer la traction continue en mettant des appareils sur un bandage silicaté préalablement fendu. C'est là où j'ai fait, pour la première fois, usage d'anneaux en caoutchouc et de leviers rectilignes pour augmenter leur force. Avec des sections sous-cutanées, le massage et la traction continue, on obtient des résultats très satisfaisants de redressement, ainsi que le prouve l'observation de Jules Fontaine qui est publiée dans ce travail. Il est donc permis de penser qu'il n'est pas de pieds bots incurables, lorsqu'on rencontre un sujet désireux de se guérir et que l'on possède des appareils puissants.

N° 23. — Traction continue pour le redressement des ankyloses, 2 figures. (*Bull. de thérap.*, 1862.)

Je donne, pour la première fois, la description de leviers courbés qui me semblent avoir été une très heureuse innovation, surtout quand ils sont associés aux anneaux en caoutchouc pour produire la traction continue.

N° 24. — Traitement des ankyloses, 6 figures. (80 pages, Congrès de Lyon, 1862.)

Voici quelles sont les principales conclusions de ce travail :

1° Le redressement des ankyloses est utile pour la résolution du mal, pour l'application d'un tuteur et pour le rétablissement de la fonction du membre ;

2° La rupture brusque doit s'appliquer aux ankyloses avec douleur;

3° Le redressement lent convient aux ankyloses sans douleur. La traction élastique est supérieure à tous les procédés;

4° Grâce à l'anesthésie et à la traction continue, la ténotomie n'est point nécessaire dans la majorité des cas ;

5° Quand une ankylose ne peut pas être rompue par des efforts modérés et qu'il importe de redresser, on est autorisé à produire une fracture dans le voisinage, plutôt que d'employer l'ostéotomie cunéiforme;

6° A la suite d'une ankylose on peut toujours espérer voir le rétablissement des mouvements.

N° 25. — Résection du genou. (*Gaz. des hôp.*, 1862).

C'est la première opération de ce genre qui fut faite dans les hôpitaux de Lyon.

N° 26. — Des polypes naso-pharyngiens. *(Bulletin de thérapeutique*, 1863.)

Dans ce mémoire je soutiens cette idée que ces polypes peuvent être opérés et surveillés après l'ablation, sans opération préliminaire, et j'apporte à l'appui de cette manière de voir quelques considérations anatomiques et deux observations de malades qui ont été guéris.

N° 27. — Observation de généralisation de cysticerques. *(Soc. des scien. méd.*, 1863.)

J'ai présenté l'observation d'un malade qui avait plus de 300 vésicules disséminées dans le cœur, dans les poumons, le cerveau, le foie et dans tous les muscles.

N° 28. — Aganthotrias cysticercus. *(Soc. des Scien. méd, de Lyon*, 1863.)

N° 29. — Enchondrome de la main, 1 fig. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1863.)

C'est l'observation d'un malade affecté d'un enchondrome énorme d'un doigt dont j'ai dû pratiquer la désarticulation.

N° 30. — Rétrécissement du larynx guéri par l'incision, 1 fig. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1864.)

Le laryngoscope fut d'une grande utilité pour faire reconnaître la lésion et pour permettre d'en triompher au moyen d'un lithotome. Je fus obligé, pour empêcher la rétractation cicatricielle, de pratiquer deux fois par semaine la dilatation au moyen d'une pince œsophagienne. Je fis successivement trois incisions. Le traitement dura 9 mois et la guérison fut complète.

N° 31. — Nouveaux procédés pour l'opération de la fistule lacrymale. (1860-1862.)

J'ai imaginé successivement deux procédés pour guérir cette affection rebelle. Le premier est un clou de canquoin sec que je plaçais dans la perforation de l'unguis faite par le procédé Reybard. La cautérisation avait pour but

de réprimer les fongosités et de détruire les débris de périosto qui avaieut échappé à la canule coupante. Le second est un clou en argent recourbé en hameçon et destiné à remplacer le clou de Dupuytren. La petite extrémité était introduite dans la perforation de l'unguis et la plus longue dans le conduit lacrymo-nasal.

N° 32. — Du traitement des pieds bots par les sections et le massage combinés avec les tractions continues. (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1885.)

N° 33. — Du drainage intra-pelvien dans la résection de la hanche. (*Congrès*, Paris, 1885.)

N° 34. — Note sur l'amrulance chirurgicale de la Charité. (*Lyon méd.*, 1872.)

Je passe en revue les principales opérations que j'ai pratiquées à l'ambulance de la Charité (1870-1871), où j'ai soigné environ 400 malades, parmi lesquels je signalerai une fistule stercorale au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite ; une fistule uréthrale que j'ai guérie par une suture à étage, et enfin un malade atteint d'infiltration stercorale à la suite de quatre ulcérations de l'anus ; la plus cousidérable avait le diamètre d'un tuyau de plume ; l'infiltration fécale se comporta comme une infiltration urinaire. Le malade succomba rapidement.

N° 35. — Autoplastie de la main avec lambeau abdominal. (*Lyon méd.*, 1872.)

Dans ce mémoire, j'ai proposé pour les cicatrices vicieuses de la paume de la main de prendre un lambeau abdominal. J'ai obtenu un succès complet dans cette opération. La sensibilité s'est rétablie au bout de trois mois. Je dois déclarer qu'au bout de six mois le résultat est devenu très imparfait, à cause de la rétraction circulaire de la cicatrice, qui souleva le lambeau en l'etreignant. Ceci prouve que, pour avoir des succès avec l'autoplastie, il faut *nécessairement* un lambeau avec conservation du pédicule.

N° 36. — Uréthroplastie, nouveau prodédé. (*Société de chirurgie*, et *Gaz. des hôp.*, 1873.)

Je propose, pour cette opération, do prendre deux larges lambeaux sur le pénis et le scrotum et de les appliquer face contre face en les maintenant au moyen d'un triple rang de sutures métalliques. C'est ce que j'ai appelé la *suture à étage*. C'est le procédé que j'ai employé chez deux malades, dont j'ai cité les observations à l'appui.

N° 37. — Moyens d'extraire les corps étrangers solides de l'oreille, fig. *(Bull. de thérap.*, 1873.)

Dans ce mémoire, publié par M. Viucent, j'ai proposé pour les corps étrangers solides de l'oreille et du nez une épingle recourbée en forme d'hameçou et portée au moyen d'une pince. La courbure peut être modifiée à volonté, suivant les dimensions du conduit auditif et du corps étranger, mais autant que possible la pointe de l'épingle doit correspondre au centre du conduit. L'épingle est introduite à plat entre le corps étranger et la partie de la paroi où il y a le plus d'espace. Cette introduction n'offre jamais de difficulté. L'hameçon est ensuite retourné au milieu du conduit auditif, et alors plus le corps étranger est volumineux, et plus l'extraction est sûre.

Par ce procédé j'ai enlevé plus de cinquante corps étrangers de toute nature et à toute profondeur, et j'ai toujours réussi. Il est bon d'assurer l'immobilité absolue de la tête, et pour cela il faut recourir parfois à l'anesthésie chez les enfants trop pusillanimes.

N° 38. — Du mécanisme du genou en dedans et de son traitement par le décollement des épiphyses, 4 fig. *(Congrès de Lyon*, 1873.)

Voici le résumé de ce travail :

1° Le mécanisme du genou en dedans s'explique surtout par l'incurvation latérale du tiers inférieur du fémur qui abaisse le condyle interne. Cette incurvation est de nature rachitique.

2° Le redressement brusque agit en décollant les épiphyses dans les déviations accentuées ; il est très rare après une opération de pouvoir démontrer ce décollemont ; mais il est prouvé par une autopsie et les expériences cadavériques.

3° Le redressement brusquo avec application immédiate d'un bon bandage amidonné n'est suivi d'aucuu accident. J'évalue à plus de trois cents le nombre des redressements faits par moi, soit dans la clientèle, soit daus les hôpi-

taux, et je n'ai eu qu'un seul cas de mort dû à la rougeole. Les quelques résultats incomplets que j'ai observés m'ont semblé dus à l'incurie des parents.

4° Dans la plupart des opérations de redressement, j'ai obtenu la rectitude du membre et le rétablissement des fonctions.

N° 39. — STAPHYLORRHAPHIE ; NOUVEAU PROCÉDÉ. *(Gaz. hebd.*, 1876.)

Je pratique la suture avec une seule aiguille chasse-fil. Voici de quelle façon : L'aiguille est incurvée en U ou autrement dit en hameçon; munie d'un fil métallique enroulé autour d'une bobine, elle perfore le voile du palais du palais d'arrière en avant à gauche (*fil simple*). Le fil étant retiré, l'aiguille est retournée et perfore le voile à droite (*fil double*). Le fil double étant retiré et coupé à la longueur voulue on pratique le second point de suture de la même façon et ainsi de suite. De la sorte, il serait possible de placer cinq ou six points de suture sans retirer l'aiguille de la gorge.

J'ai pu, par ce procédé, opérer avec succes un enfant de quatre mois et lui faire simultanément l'urano-staphylorrhaphie.

N° 40. — CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE. (*Bull. de thér.*, 1875.)

1° L'opération hâtive est en général préférable.

2° L'hémorrhagie est l'accident le plus grave. On la prévient par une disposition spéciale des aides, qui est d'une importance capitale, et la suture immédiate. Pas de ligature.

3° La suture métallique est préférable.

4° Il faut suturer la peau d'abord et ensuite la muqueuse de la lèvre, en la reuversant; grâce à cette double suture la langue de l'enfant ne peut déchirer la cicatrice.

5° Avec des pinces coupantes, il faut, en ménageant la muqueuse, sectionner le pédicule osseux de l'intermaxillaire et le mettre en place en faisant une suture osseuse sur les deux maxillaires supérieurs.

N° 41. — CISAILLE A BEC-DE-LIÈVRE. (Académie, 1878.)

Cette cisaille est une sorte de pince à sucre coupante qui est destinée, dans les becs de lièvre doubles, à réséquer une portion du pédicule de l'intermaxillaire sans lésion de la muqueuse.

N° 42. — Électro-aimant pour l'extraction des paillettes de fer. *(Soc. de méd.* 1875.)

J'ai fait fabriquer, par M. Fasse, des électro-aimants de formes variées pour l'œil et l'oreille. Avec ces instruments possédant toute la puissance possible, j'ai montré dans quelles conditions on pouvait compter sur l'aimant pour l'attraction des paillettes de fer.

N° 43. — Rage tardive et rage imaginaire. *(Gaz. des hôp.*, 1875.)

Trois faits, dont deux cas de rage imaginaire, sont relatés dans ce travail. Le premier chez un étudiant en médecine qui simulait parfaitement la rage, et le deuxième chez un zouave qui la simulait grossièrement. Le troisième est un cas de rage survenue tardivement, deux ans et demi après la morsure, et dont l'authenticité est indiscutable.

N° 44. — Evidement des tumeurs bénignes. *(Congrès de Clermont*, 1876.)

Dans ce mémoire, j'ai proposé d'enlever, avec des curettes, les adénites, les adénomes, les lipomes et les tumeurs sébacées.

Huit malades, à cette époque, avaient été opérés par moi ; 13 piqûres ont été faites. Trois fois la suppuration est survenue, dix fois la résolution s'est effectuée sans accident.

N° 45. — Traitement des kystes de l'ovaire par le drainage abdomino-vaginal. *(Soc. de chir.*, 1876.)

Dans ce mémoire, je cite un exemple de malade complètement guérie, d'un kyste para-ovarien volumineux, par ce mode de drainage. (Actuellement 2 janvier 1886, la malade jouit d'une santé parfaite.) J'ai cherché à établir dans quelles conditions le drain pouvait être appliqué avantageusement et quelles étaient les précautions à prendre pour réussir.

N° 46. — Du torticolis postérieur et de son traitement par le massage et le bandage silicaté, 8 fig. *(Gaz. hebd.*, 1878.)

Je crois avoir prouvé que 9 fois sur 10 le torticolis dépend de la rétraction des muscles postérieurs du cou.

Pour obtenir le redressement, le meilleur moyen est de pratiquer l'anes-

thésie, de faire le massage et d'emprisonner la tête avec un bandage silicaté qui la maintient pendant quinze à vingt jours inclinée en sens inverse. Plusieurs observations de guérison prouvent l'efficacité de cette méthode, qui a été adoptée par des chirurgiens américains.

Egalement j'ai démontré, par des faits, que le prétendu torticolis congénital survenait pendant l'accouchement des enfants venus par le siège. La rétraction d'un des sterno-mastoïdiens provient d'une déchirure au moment du tiraillement du cou et d'une myosite consécutive.

N° 47. — TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES. (*Lyon médical*, 1879.)

Dans ce travail, je passe en revue les diverses méthodes employées contre les tumeurs érectiles et je donne la préférence à l'électrolyse qui, à mon avis, est la méthode de traitement par excellence dans la plupart des cas. Quand les tumeurs sont très volumineuses et graves, j'avais proposé l'exérèse unie à la cautérisation après ligature préalable. C'est un procédé qui m'est personnel et qui me paraît bien supérieur aux autres procédés d'ablation.

N° 48. — TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR L'ÉLECTROLYSE. (*Congrès de Blois*, 1884.)

J'ai essayé de prouver par des faits que l'électrolyse était le meilleur moyen de détruire les tumeurs érectiles dont le volume n'est pas trop considérable.

N° 49. — RUPTURE DE L'ESTOMAC ET DU DIAPHRAGME. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1851.)

N° 50. — SUTURE DU TENDON D'ACHILLE PAR L'AVIVEMENT SOUS-CUTANÉ. (*Soc. de chir.*, 1863.)

N° 51. — PSEUDARTHROSE DE L'HUMÉRUS ; AVIVEMENT PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE ; GUÉRISON CONSÉCUTIVE. (*Soc. de chir.*, 1864.)

N° 52. — INSUCCÈS DE LA COMPRESSION, DES INJECTIONS DE LIQUEUR IODO-TANNIQUE ET DE PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES. (*Soc. de chir.*, 1864.)

DIFFORMITÉS CONGÉNITALES

N° 53. — Cas de monstre célosomien aspalasome, 2 figures. (*Montpellier médical*, 1860.)

Cette monstruosité est représentée dans ce travail par deux figures. J'ai émis l'idée que le cloaque embryonnaire existe au niveau du cœcum et que le gros intestin n'est qu'un diverticulum de cette cavité. Cette difformité doit être attribuée, suivant moi, à l'arrêt de développement des pubis qui ne se sont pas réunis sur la ligne médiane.

N° 54. — Hémimélie thoracique, avec fig. (*Bulletin de thérapeutique*, 1860.)

N° 55. — Index supplémentaire (fig.). (*Gaz. de Lyon*, 1863.)

Dans ce travail, j'ai fait représenter par une figure la main d'un individu ayant le pouce atrophié et un index supplémentaire. Le doigt avait trois phalanges et n'avait pas de mouvement d'opposition bien accentué.

N° 56. — Note sur un monstre paracéphalien omocéphale. (*Soc. de méd. de Lyon*, 1865.)

J'ai donné la description d'un monstre paracéphalien omocéphale qui avait un système nerveux et un système vasculaire, mais le cœur faisait défaut. J'ai expliqué la circulation par une oscillation sanguine produite par la contraction du vaisseau, ou bien par la communication du fœtus monstrueux avec un jumeau bien conformé, dont le cœur aurait envoyé du sang en traversant un placenta commun. Cette seconde explication, plus probable, a contre elle le défaut de renseignements sur l'état du délivre, et en sa faveur, ce fait général que les paracéphaliens sont toujours le produit d'une grossesse double avec placenta unique.

PATHOLOGIE INFANTILE

N° 57. — Opération du croup et de ses suites chez les très jeunes enfants. (*Bull. de thér.*, 1862.)

J'ai donné, le premier, l'explication de la suffocation qui survient chez les enfants très jeunes, auxquels ou a enlevé la canule après la trachéotomie. Cette suffocation procède de deux causes : la première dépend de l'aplatissement des anneaux de la trachée dont la clef de voûte a été coupée. La seconde est la production quelquefois exubérante de bourgeons charnus polypiformes qui s'insinuent dans la trachée.

Pour la première cause, j'ai proposé l'emploi de canules progressivement décroissantes, moyen qui a réussi et a été adopté depuis. Pour la seconde cause j'ai conseillé l'excision des bourgeons charnus et leur cautérisation au nitrate d'argent fréquemment répétée.

N° 58. — RÉFLEXION SUR UNE ÉPIDÉMIE DE CROUP. *(Soc. de méd. de Lyon,* 1867.)

TRAVAUX SPÉCIAUX SUR LES ACCOUCHEMENTS

N° 59. — Œuf. *Pathologie. (Dict. ency. des sciences médicales,* 1880.)

Dans cet article, j'ai étudié les altérations de la caduque, ses hémorrhagies, son inflammation. Suivant moi, l'hydrorrhée provient de l'accumulation de liquide entre la caduque et la face interne de l'utérus. Après avoir examiné les faits qui sont dans la science, j'ai été amené à nier les adhérences de la caduque et du placenta à l'utérus au moment de la délivrance.

J'ai étudié les altérations du chorion auxquelles j'ai rattaché la môle vésiculaire. J'ai nié l'inflammation de l'amnios, j'ai examiné l'hydropisie de cette membrane et les altérations du liquide amniotique.

N° 60. — Causes de la rétention placentaire dans les premiers mois de la grossesse. (*Lyon Méd.*, p. 557, 1869.)

Ces rétentions sont dues aux adhérences nombreuses et intimes entre la caduque très épaisse et la face interne de l'utérus.

N° 61. — Circulation maternelle dans le placenta, 2 chromolithographies. (*Société de biologie* et *Annales de gynécologie*, 1874.)

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il y a dans le placenta de nombreux vaisseaux et de nombreuses cavités vasculaires qui sont la continuation des sinus utérins.

2° La circulation maternelle se fait surtout par la périphérie.

3° Les hématies de la mère s'insinuent entre les villosités, et aucune ne doit échapper à leur contact.

4° L'existence du sinus circulaire est la règle.

5° Quand ce sinus fait défaut, l'entrée du sang dans le placenta se fait par des orifices en grillage.

6° Une fois sur cinq on trouve dans l'intérieur du placenta de grands sinus lacunaires. On en rencontre souvent aussi à la périphérie.

7° Tous ces sinus sont tapissés par l'épithélium du système veineux.

N° 62. — PLACENTA. *Anatomie, physiologie, pathologie* et *dystocie.* (Article en préparation pour le *Dictionnaire encyclopédique.*)

N° 63. — DES ALTÉRATIONS DU FŒTUS MORT-NÉ. (*Lyon méd.*, 1875.)

Conclusions :

1° Quand le liquide amniotique, sortant de la poche des eaux, est coloré par le méconium ou le sang, on peut craindre la mort du fœtus.

2° La desquamation épidermique du fœtus est une preuve incontestable de la mort dans la cavité utérine.

3° Le degré plus ou moins avancé de la macération, indique approximativement l'époque de la mort.

4° Un débris de cordon ou de placenta suffit pour dénoter que la mort a eu lieu avant l'accouchement.

N° 64. — ULCÈRE DE L'ESTOMAC AVEC HÉMORRHAGIE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ PRODUIT PAR LE SUC GASTRIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR L'EAU DE VICHY. (*Congrès de Clermont*, 1865, et *Société de médecine de Lyon*, 1879.)

Les hémorragies gastro-intestinales ne sont pas rares chez les nouveau-nés, elles sont fréquemment suivies de mort. Par des autopsies, j'ai démontré qu'elles étaient causées par une ulcération de la muqueuse déterminée par le suc gastrique. Le remède souverain est l'eau de Vichy.

N° 65. — FRACTURES DU FŒTUS. (*Dict. ency.*, 1882.)

Dans cet article, j'ai étudié spécialement les fractures produites pendant l'accouchement ; j'ai indiqué les conditions mécaniques dans lesquelles se produisent les fractures du crâne, soit par la contraction utérine, soit par la version ou par le forceps. J'ai indiqué aussi quel était l'effort nécessaire pour produire les fractures de l'humérus, du fémur, du maxillaire inférieur.

N° 66. — La vérité sur les tours. (*Lyon méd.*, 1879.)

Le plus grand argument, au point de vue médical, qu'on a fait valoir en faveur du rétablissement des tours, c'est l'augmentation des infanticides. Ce n'est point un argument sérieux, suivant moi, car le suicide, qui est un crime du même ordre, a augmenté dans des proportions encore plus considérables. 1 sur 90 morts. J'attache également peu d'importance à l'augmentation des avortements et des mort-nés, au point de vue du rétablissement des tours. Quoique la mortalité dans le système actuel soit très considérable, elle est moins forte que celle qui était donnée autrefois par les tours.

Au point de vue moral, les enfants placés au tour ne sont pas dans un milieu meilleur.

Le secret, dans le cas où il y a assistance de l'enfant, peut être gardé à la femme.

Voici ce que l'on peut dire contre les tours : c'est un acte coupable qui déshonore la mère : c'est un grand débarrassoir public : il détruit les liens de famille ; c'est la ruine de l'allaitement maternel. Avec le système actuel, l'abandou est possible, mais il est réglementé. Le tour enlève la légitimité à plusieurs enfants.

Mesures à prendre. Le tour était un progrès au moyen-âge. Actuellement l'assistance des enfants lui est supérieure. On pourrait la perfectionner de la façon suivante :

1° En rendant le service des enfants assistés aux commissions hospitalières.
2° En choisissant l'inspecteur dans le corps médical.
3° En multipliant les secours à domicile.
4° En favorisant la divulgation de la grossesse.
5° En rendant l'enquête plus rapide et l'entourant d'un secret rigoureux.
6° En facilitant par tous les moyens possibles l'allaitement maternel.
7° En intéressant à cette question les sociétés protectrices de l'enfance.

N° 67. — Nourrice. (*Dict. encycl.*)

Voici les principaux chapitres que j'ai traités dans cet article : caractères d'une bonne nourrice ; fraudes qu'emploient les nourrices ; hygiène d'une bonne nourrice ; pathologie des nourrices ; maladies provenant de l'allaitement ; influence des maladies sur l'allaitement.

N° 68. — Mortalité des nouveau-nés. (Lu à la Société protectrice de l'enfance, 1870.)

Dans ce travail, j'ai montré que, sur 100 décès d'enfants nouveau-nés, 41 dans la ville de Lyon succombaient à l'entérite. J'établis que le meilleur moyen d'y remédier, c'est l'allaitement maternel, et quand il n'est pas possible, l'allaitement par la nourrice, qui doit être surveillée de très près, soit par les parents, soit par la Société protectrice de l'enfance, à laquelle l'administration préfectorale devrait déléguer une partie de ses pouvoirs.

N° 69. — NOURRISSON. — MORTALITÉ. (*Dict. encycl.*)

Dans cet article, j'ai étudié l'étiologie de la mortalité du nouveau-né, ses causes générales et morbides, les modes d'alimentation qui sont les plus aptes à diminuer la mortalité, l'état social de l'enfant. J'ai passé en revue les mesures prises contre la mortalité des nouveau-nés : tour, enfants assistés, sociétés de charité maternelle, sociétés protectrices de l'enfance, crèches, moyens divers, pouponnières, lois, etc., et je termine ce travail en indiquant les divers moyens qu'on peut employer pour diminuer cette mortalité.

N° 70. — SEVRAGE. (*Dict. encycl.*, 1881.)

Dans cet article, j'ai représenté au moyen de figures les périodes où se fait l'éruption des groupes des dents et des intervalles qui les séparent. J'ai insisté sur les indications du sevrage et les précautions à prendre pour le faire sans inconvénients pour l'enfant.

N° 71. — SPÉCULUM. (Avec le Dr Lutaud, *Dict. encycl.*)

Dans ce mémoire, après avoir donné la description des spéculums anciens et modernes, j'ai fait quelques considérations anatomiques sur la vulve, le vagin et l'utérus, au point de vue de l'application du spéculum. Arrivant à l'application de l'instrument, j'ai passé en revue les précautions préliminaires, l'introduction à la vulve, la progression dans le vagin, la manière de charger le col et de retirer le spéculum. J'ai terminé cet article en exposant les difficultés de l'examen, le diagnostic et le traitement des diverses affections pour lesquelles l'instrument est utile.

A la fin de ce travail se trouvent plusieurs figures ; l'une indique les instruments qui sont contenus dans la boîte gynécologique, l'autre représente un porte-nitrate intra-utérin de mon invention.

N° 72. — BOITE GYNÉCOLOGIQUE. (*Académie de méd.*, 1880.)

Les instruments contenus dans cette boîte sont :

1° Une seringue à ailettes, de la contenance de 2 grammes;

2° Une aiguille à injection Pravaz, montée sur une longue canule de 12 centimètres, ce qui permet de faire des injections interstitielles du col de l'utérus;

3° Une canule, également de 12 centimètres de long, terminée par un pas de-vis qui entre dans un fragment de sonde n° 4, de 7 centimètres de longueur, avec laquelle on peut faire aisément les injections dans la cavité de l'utérus vide. Par ce moyen, on peut pratiquer la fécondation artificielle.

N° 73. — Traitement des fibromes par l'injection d'ergotine dans le tissu de l'utérus. (*Annales de Gynéc.*, 1878.)

Dans ce mémoire, je donne la description d'une canule spéciale pour faire l'injection interstitielle et j'indique la formule d'ergotine que j'ai adoptée. Je signale les phénomènes physiologiques nombreux occasionnés par les injections et en même temps les effets thérapeutiques, qui sont incontestablement plus puissants que par la méthode hypodermique ordinaire. J'ai traité par ce procédé plusieurs malades et j'ai obtenu des améliorations très remarquables.

N° 74. — Étude sur le bassin rachitique, 4 fig. (*Gaz. hebd.*, 1879.)

Dans ce mémoire, j'ai étudié 84 bassins déviés par le rachitisme, et j'ai indiqué les déformations habituelles. Partant de cette étude, j'ai donné une classification des bassins rachitiques que j'ai divisés en *cordiforme*, *lambdoïde*, *réniforme*, *oblique ovalaire rachitique* ou *scoliotique*. J'ai ensuite étudié la question cliniquement et indiqué les conséquences des rétrécissements au point de vue de l'intervention obstétricale. Je me suis surtout appesanti sur les erreurs dans lesquelles on peut tomber par la pelvimétrie interne et sur les moyens de les éviter.

N° 75. — Tamponnement intra-utérin. (*Lyon méd.*, 1880.)

Dans cette note, j'ai attribué à une déchirure étendue du col l'hémorrhagie consécutive à la délivrance dans le cas où l'utérus est contracté. J'ai indiqué comment le tamponnement intra-utérin se faisait dans le siècle précédent.

J'ai dit de quelle façon le double ballon de Chassagny pouvait s'introduire dans l'utérus, et j'ai proposé de faire le tamponnement intra-utérin avec deux ballons, l'un à parois très minces, introduit dans l'utérus, et l'autre avec des parois épaisses comme le pessaire Gariel, et de gonfler celui-ci d'abord pour donner un point d'appui au ballon intra-utérin et l'empêcher de sortir de la cavité de l'utérus au moment où ou le dilate.

N° 76. — Opération césarienne. (*Journal de médecine de Lyon*, 1862.)

Dans ce mémoire, je me suis occupé du diagnostic de la situation du placenta quand on fait l'opération césarienne, et j'ai conclu qu'il était impossible de la reconnaître d'avance. J'ai indiqué de quelle façon on doit opérer quand on se trouve en présence de cette complication redoutable. Il faut ponctionner l'utérus, introduire le doigt dans sa cavité et se diriger sur lui pour inciser avec un bistouri boutonné l'utérus de haut en bas et d'un seul coup.

N° 77. — Expériences obstétricales. (*Journal de méd. de Lyon*, 1856.)

C'est le journal où sont relatées toutes les expérieuces que j'ai faites à l'amphithéâtre et qui m'ont servi de base pour le mémoire suivant.

N° 78. — Essai de mécanique obstétricale. (*Gazette hebdomadaire*, 1865.)

Les nombreuses expériences auxquelles je me suis livré sur des bassins viciés de femmes récemment mortes semblent fécondes en enseignements pratiques.

Voici mes principales conclusions :

Une pression exercée, soit par un forceps, soit par les organes maternels, peut être impunément très forte pour les os de la tête fœtale, si elle agit sur une très large surface.

Les pressions limitées et anguleuses sont à craindre.

Le diamètre de la tête, opposé à celui qui est pressé par le forceps, devient d'autant plus irréductible que la pression est plus forte. Pour réduire les diamètres de la tête fœtale, il faut une force de traction moindre avec la version qu'avec le forceps.

Une tête de fœtus ne peut être réduite de plus de 15 millimètres sans être exposée à une fracture.

Une traction au forceps ne doit pas dépasser 80 kilog., et encore ce chiffre est très élevé et expose à des fractures, à moins que la prise ne soit bonne et le bassin régulier.

Plus la traction est grande, plus la pression du forceps sur la tête est forte La pression égale environ la moitié de la traction.

La traction doit être perpendiculaire au plan de l'anneau sous peine d'exiger environ 1/2 kilog. d'effort en plus par angle de 1 degré de différence.

Dans la grande majorité des cas, la traction doit être dirigée en bas quand la femme est couchée sur un plan horizontal et que la tête est située au niveau du détroit supérieur.

Les mouvements de latéralité permettent d'extraire le fœtus plus facilement et avec moins de danger pour la mère et pour l'enfant.

La solidité des symphyses pelviennes est bien supérieure, habituellement, à la résistance que nécessitent les efforts de traction exercés suivant les préceptes de l'art.

N° 79. — Du forceps au point de vue historique et critique. *(Gaz. méd. de Lyon*, 1867.)

Dans ce mémoire, j'ai fait l'historique du forceps au point de vue de sa construction et des indications à remplir. J'ai étudié l'articulation des branches, la constriction, les rapporteurs, le forceps assemblé, la forme des manches, les cuillères, la rotation, la force, la symétrie, la traction et ses divers modes.

Voici les conclusions :

Il ne faut point changer le forceps ordinaire ; il est presque parfait ; c'est le bistouri de l'accoucheur; et ce serait léser les intérêts de la majorité des praticiens que de leur dénaturer le forceps, qui réalise toutes les conditions d'utilité et de simplicité désirables.

N° 80. — Éclampsie. *(Dict. encyclopédique.)*

Dans cet article, j'ai tenté de démontrer *cliniquement* que l'affection était due à un microbe. Je n'ai pu réussir à faire la démonstration histologique. Doléris dit l'avoir faite.

N° 81. — De la nature de la fièvre puerpérale. (*Journal de médecine de Lyon*, 1869.)

Dans ce mémoire, j'attribue la fièvre puerpérale à des bactérios dont j'ai démontré l'existence dans les lochies vaginales pendant la vie des femmes malades, dans l'utérus et dans la sérosité péritonéale de celles qui venaient de succomber.

A l'appui de cette manière de voir, j'ai fait un grand nombre d'inoculations sur des lapins avec du pus pris sur des femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale. Ces lapins ont succombé avec des abcès multiples ; ils ont été présentés à la Société de médecine de Lyon 1868

N° 82. — Prééminence de la version sur le forceps comme moyen d'extraction de la tête du fœtus dans le cas de rétrécissement. (*Gaz. médicale de Paris*, 1867.)

Voici quelles sont les idées principales de ce travail :

Le forceps est un instrument défectueux d'extraction quand la tête doit se réduire de plus de 1 centimètre pour franchir le détroit supérieur d'un bassin rétréci. J'ai démontré cette proposition par des expériences où j'ai étudié la réduction transversale et l'allongement vertical de la tête. Quand la tête a 1 centimètre 1/2 de plus que le bassin, il faut de toute nécessité, pour qu'elle passe, qu'une dépression se produise sur le pariétal ou le frontal. Or, la version permet beaucoup mieux ces dépressions que le forceps.

N° 83. — Crochet flexible. (*Annales de Gynéc.*, avec fig. 1878.)

C'est un crochet dont la tige est constituée par une lame de fleuret très flexible. L'instrument est ainsi léger et moins dangereux, parce qu'il est moins rigide. Il peut, grâce à une olive mobile, être à volonté mousse ou pointu.

Daus l'utérus, avec la pression de la main, on pout l'incurver à volonté dans toutes les directions.

N° 84. — Compte rendu du service de clinique gynécologique de la Charité. (*Ann. de Gynécol.*, 1876.)

Sur 219 maladies traitées dans ce service, j'ai relevé 18 fibromes utérins. C'est une proportion de 1 sur 12, soit 8,3 %.

Pour l'opération de la périuéorrhaphie, j'ai imaginé un procédé nouveau, au moyen duquel j'utilise le lambeau d'avivement.

La vaginométrie m'a donné une moyenne de 66 millimètres depuis l'orifice vulvaire jusqu'à la lèvre antérieure du col.

L'hystérométrie m'a donné une moyenne de 73 millimètres.

N° 85. — De l'hygiène des maternités. (*Lyon méd.*, 1866, 111 pages).

Voici les conclusions de ce mémoire, dans lequel j'ai le premier, à Lyon, signalé et prouvé la contagiosité de la fièvre puerpérale :

1° L'agent de transmission de la fièvre des nouvelles accouchées est le miasme puerpéral ;

2° L'agglomération en favorise la propagation ; il faut donc chercher l'isolement autant que possible ;

3° La contagion étant parfaitement démontrée, médecins, élèves, personnes du service doivent garder les plus sévères précautions, et les femmes malades ne doivent jamais être mises en contact avec celles qui sont saines.

4° L'assistance à domicile serait un bienfait signalé et un progrès.

N° 86. — De la ventilation des hôpitaux. (*Lyon méd.*, 1868.)

Dans ce mémoire, j'ai étudié les divers modes de ventilation et surtout la ventilation renversée qui, si elle était bien appliquée, donnerait des résultats certains.

Voici les idées auxquelles je me suis arrêté :

Suppression des grandes salles, création de petites salles, où l'on puisse isoler les maladies contagieuses, chauffer les salles avec un poêle et les ventiler au moyen d'une large cheminée où l'on fera constamment un feu de coke.

N° 87. — Hygiène des grandes villes. (*Lyon méd.*, 1884.)

Dans ce travail, j'ai insisté sur les causes d'altération de l'air des grandes villes, et j'ai signalé un nouveau moyen de modifier leur atmosphère viciée.

N° 88. — Traité pratique de l'art des accouchements (en col-

laboration avec le Dr Lutaud, vol. in-8° de 550 p., avec *133 gravures dans le texte*. Chez Savy, 1883.)

Voici l'analyse des questions les plus originales exposées dans ce livre :

1° *Placenta*. Au point de vue anatomique, j'ai donné une description complète de cet organe d'après les recherches que j'ai faites, et qui ont principalement porté sur la circulation maternelle. A ce sujet j'ai étudié la grande veine circulaire, ses moyens de communication avec la région aréolaire et les grandes lacunes centrales quand elles existent. J'ai démontré par des faits nouveaux que toutes les villosités plongeaint directement dans le sang maternel.

Au point *de vue physiologique*, je considère les sinus placentaires comme la continuité des sinus utérins. Ce sont des sinus utérins développés non dans les muscles, mais dans l'épaisseur de la muqueuse ; avec cette différence encore que leurs cavités ont été envahies par les villosités fœtales. C'est dans les sinus utérins, proprement dits, que s'ouvrent les artérioles; autrement les sinus utérins n'auraient aucune raison d'être.

C'est presque exclusivement par la périphérie que se fait la communication entre les sinus maternels et les placentaires; Ce fait constant provient de l'activité circulatoire qui existait à la périphérie à l'époque où la surface entière du chorion était couverte de villosités qui elles-mêmes baignaient dans le sang maternel. L'adhésion est plus forte dans ce point à cause de la réflexion de la caduque. Quand le sang afflue brusquement au placenta, il se réfugie dans la region aréolaire, il gonfle la membrane allautoido-choriale qui, faisant sallie dans la cavité amniotique, augmente ainsi la pression intra-utérine. Grâce à cette disposition, le décollement du placenta est prévenu dans le cours de la grossesse.

2° *Cordon ombilical*. J'ai attribué les spires du cordon à la rotation dans le liquide amniotique de l'embryon, rotation produite par le recul du cœur et le redressement de la crosse aortique à chaque systole.

3° *Ruptures des symphyses et des os du bassin*.— J'ai établi les conditions mécaniques de ces ruptures, qui exigent une traction de 200 kilogrammes au moins dans les bassins de femmes récemment accouchées. L'ostéomalacie ou le rachitisme atrophique peuvent augmenter la fragilité dans des proportions notables.

4° *Bassin rachitique* : Classification nouvelle. — J'ai recherché, en outre, quelles sont les conditions qui peuvent induire en erreur dans la pelvimétrie

interne : ce sont la hauteur du pubis et surtout la hauteur du promontoire au-dessus et au-dessous du plan du détroit supérieur.

5° *Fièvre puerpérale.* — Je crois avoir été le premier (1869) à démontrer, par des recherches histologiques et par des inoculations à des animaux, que cette maladie est due à des bactéries qui produisent la septicémie.

J'ai cité, dès 1866, des faits nombreux prouvant la contagiosité et le mode de développement.

6° *Hémorrhagies.* — A. *Insertion vicieuse du placenta sur le col.* — Voici l'explication que j'ai donnée de cette hémorrhagie :

Le *placenta prævia* est inséré dans la zone dangereuse ; c'est-à-dire qu'au moment où survient une contraction, sa partie supérieure reçoit des parois utérines une pression plus forte que la portion qui est à l'orifice, dont la pression est 0. Le sang se dirige donc vers ce point, expulsé par le même mécanisme que celui qui gorge une éponge qu'on presse dans la main. Les contractions insensibles des trois derniers mois de la grossesse et celles de l'accouchement produisent ce résultat.

B. *Hémorrhagie de la délivrance par déchirure trop étendue du col.* — J'ai indiqué le mécanisme de cette variété d'hémorrhagie, et j'ai conseillé, dans les cas graves, le tamponnement intra-utérin aidé du tamponnement vaginal.

C. Dans les hémorrhagies graves par inertie, j'ai conseillé les injections interstitielles d'ergotine, dont l'action est rapide et énergique.

7° *Fractures du fœtus.* — J'ai fait sur cette question un grand nombre d'expériences, et j'ai indiqué le mécanisme des fractures du crâne, de la face, du cou, des membres et l'effort nécessaire pour les produire.

8° *Dystocie des membranes.* — J'ai démontré que les adhérences si fréquentes dans les avortements provenaient de la caduque, qui est épaisse et non modifiée.

9° *Version.* — J'ai fait des expériences qui montrent que l'extraction est plus facile dans les bassins rétrécis par la version que par le forceps.

10° *Forceps.* — J'ai indiqué les résultats des recherches que j'ai faites sur la question.

SECTION II

—

ENSEIGNEMENT ORAL

Cours complémentaire d'accouchements fait pendant huit ans à la Faculté.

Première partie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Des os du bassin.
Articulation des os du bassin.
Du bassin en général.
Organes générateurs de la femme.
Vulve, vagin, utérus.
Ovaires, trompes utérines, mamelles.
Puberté et nubilité.
Ovulation, menstruation et ménopause.

Deuxième partie.

PHÉNOMÈNES DE LA GÉNÉRATION.

Œuf, Sperme. — Développement de l'embryon.
Développement des annexes.
Amnios, chorion, caduque. — Vésicule ombilicale.
Allantoïde. — Placenta. — Cordon ombilical.
Développement du fœtus.
Examen du fœtus à terme.
Physiologie, nutrition, sécrétion, et respiration du fœtus.

Troisième partie.

DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT.
Modification de l'organisme de la mère.
Diagnostic de la grossesse.
Bruits fœtaux. — Bruits maternels.
Age et durée de la grossesse.
Diagnostic différenciel.
De l'accouchement.
Étiologie. — Causes du travail.
Des présentations en particulier.
Position et mécanisme.
De la délivrance.
Grossesse gémellaire.
SUITES DE COUCHES.

Quatrième partie.

DYSTOCIE MATERNELLE.
Complications spéciales de la grossesse.
De la grossesse extra-utérine.
Complications de l'accouchement.
Rétrécissements du bassin.
Complications des suites de couches.
De la métrorrhagie puerpérale en général.
Des métrorrhagies spéciales.
Éclampsie.
De la mort subite dans l'état puerpéral.
DYSTOCIE FŒTALE.
Présentations vicieuses.
Procidence des membres.
Des anomalies de mécanisme.
Anomalies du fœtus considérées comme causes de dystocie.

Pathologie du fœtus.
DYSTOCIE DES ANNEXES.
Dystocie placentaire, du cordon, des membranes.
DE L'AVORTEMENT.

Cinquième partie.

THÉRAPEUTIQUE OPÉRATOIRE.
De la version.
Manœuvres externes et internes.
Du forceps.
Du levier et du crochet.
Accouchement prématuré artificiel et avortement provoqué.
Embryotomie.
Symphyséotomie.
De l'opération césarienne.

Sixième partie.

HYGIÈNE OBSTÉTRICALE.
Soins à la mère, à l'enfant nouveau-né.
Nouveau-né malade.
Allaitement et sevrage. — Nourrices.
MÉDECINE LÉGALE OBSTÉTRICALE.

TRAVAUX & THÈSES

INSPIRÉS PAR LE Dr DELORE

	Auteurs.
Convulsions puerpérales	DUSSAUD, 1860.
Abcès péri-uréthraux	ARIBAUD, 1861.
Rétrécissement de la trachée	CIVET, 1861.
Éruptions rhumatismales	DRIVON, 1862.
Varices (traitement des) par les injections iodo-tanniques.	ROUBY, 1864.
Abcès rétro-pharyngien	MÉNARD, 1865.
Fistules lacrymales	BÉRAUD, 1866.
Caillots du cœur	POULET, 1866.
Remarques sur la staphylorrhaphie	SCHAAK, 1867.
Coxalgie avec abcès	MOLARD, 1867.
Fièvre puerpérale	FRANÇAIS, 1868.
Amygdalatomie	RICHERAND, 1869.
Tumeurs érectiles	VALETTE, 1869.
Tumeurs et fistules lacrymales	LASSALLE, 1869.
Pieds bots traités par le massage	JOMARD, 1871.
Spina bifida cervical	LERICHE, 1871.
Caduque	FOCHIER, 1871.
Dysménorrhée membraneuse	TAULIER, 1871.
Genou en dedans	SAUREL, 1872.
Céphalotripsie	MAZADE, 1872.
Fractures chez les enfants	BARBARIN, 1873.
Vaginisme	LUTAUD, 1874.
Inertie utérine	RUET, 1881.
Fibromes utérins	GRESSOT, 1883.

ADDENDA

N° 89. — Recherches sur l'inoculation du chancre vénérien aux animaux *(Gaz. de Lyon*, 1851.)

J'ai pratiqué plusieurs inoculations à des lapins. L'un d'eux a servi à inoculer un courageux expérimentateur qui contracta un chancre avec bubon, qui devinrent phagédéniques (voir communication de M. Diday.)

En outre, j'ai recherché à la même époque si le principe contagieux du chancre simple résidait dans le globule ou dans le sérum du pus. Les inoculations qu'a bien voulu faire Rodet, chirurgien de l'Antiquaille, ont paru prouver que le contagium résidait dans le globule.

N° 90. — Recherches sur la composition des Lochies *(Dict. encyclop.)*

Ces recherches, faites en 1860, sous la direction du professeur Bouchacourt, ont démontré que les globules de pus apparaissaient quelques heures après l'accouchement, en même temps que les cellules épithéliales, lesquelles devenaient bientôt prédominantes.